

## LA RENCONTRE SOIGNANT-SOIGNÉ ADDICTÉ : ENTRE REJET (EXPULSION) ET ATTRACTION (ABSORPTION)

Nathalie Petit

De Boeck Supérieur | « Psychotropes »

2016/1 Vol. 22 | pages 9 à 30

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807390478

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2016-1-page-9.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

---

# La rencontre soignant-soigné addicté : entre rejet (expulsion) et attraction (absorption)

## Relationship between the caregiver and the addict

**Nathalie Petit**

Psychologue

CMP-CSAPA Agora

59, place de la Bussatte - F 16000 Angoulême

Centre Hospitalier Camille Claudel

Etablissement Public de la Charente

E-mail : petit.nathalie@live.fr

---

*Résumé : Pourquoi la rencontre avec un patient addicté semble-t-elle ne pas être une rencontre comme les autres, une rencontre qui rejette, qui éjecte, qui absorbe, qui attrape ? Les écueils que nous rencontrons dans la relation soignant-soigné addicté sont fonction de la place qu'occupent les patients et l'objet-drogue dans l'économie psychique des soignants. Cette place semble corrélée à la représentation que nous avons de l'objet-drogue (pharmakon, poison-remède) et de sa fonction. Les soignants hospitaliers « non spécialistes » sont identifiés à l'objet-drogue manquant et identifient les patients à l'objet-drogue poison, expulsant ainsi un objet destructeur qui attaque de front le soin. Les soignants en addictologie s'identifient et sont identifiés à l'objet-drogue remède, se substituant, remplissant, apaisant les tensions, se laissant ainsi absorber. Étudiant et interrogeant ces deux mouvements identificatoires, rendant consciente la place qu'occupent le patient et l'objet-drogue dans l'économie psychique d'une équipe soignante, nous pouvons tenter d'assouplir certaines représentations et d'ainsi améliorer l'accompagnement et le traitement psychique de ces sujets en souffrance.*

*Abstract: Why is an encounter with a patient who is an addict unlike all other encounters, an encounter that rejects and ejects, that absorbs and entraps? The pitfalls we encounter in the relationship between the caregiver and the addict are a function of the position held by patients and the “drug-object” in the psychic economy of the caregivers. This position seems to be correlated to our representation of the drug-object (pharmakon, poison/remedy) and of its function. “Non-specialist” hospital caregivers are identified with the “missing” drug-object and they identify their patients with the “poison” drug-object, thus expelling a destructive object which attacks healthcare head-on. Caregivers specializing in addictology identify themselves and are identified with the “remedy” drug-object. They substitute themselves, fill themselves, release tension; they let themselves be absorbed. By studying and interrogating these two kinds of identification, laying plain the position occupied by the patient and the drug-object in the psychic economy of a team of caregivers, we can attempt to make certain representations more supple and thus improve the care and the psychic treatment of these suffering patients.*

*Mots clés : addiction, soignant/soigné, expulsion/absorption, remède/poison, sevrage, transfert, économie psychique*

*Keywords: addiction, caregiver/patient, expulsion/absorption, poison/remedy, weaning, transfer, psychic economy*

---

La relation soignant-soigné en santé mentale est une relation particulière, singulière, entre-deux, de l’entre-deux, relation productrice, qui mobilise, éveille, réveille et dont l’empreinte interroge chaque fois.

La relation soignant-soigné addicté, celle de notre objet d’étude, nous interroge dans sa singularité puisqu’elle nous demande de prendre en compte un troisième terme : l’objet-drogue, celui-là même venu barer, couper, éviter, modifier, transformer, adoucir, supporter la relation.

Qu’est-ce qui se tient entre ? Qu’est-ce que cette relation actualise du côté soignant, du côté soigné ? Comment s’expriment les difficultés que nous rencontrons dans ce lien ? À quoi devons-nous être particulièrement attentifs ? À quelle place sommes-nous mis ? Quels effets notre engagement produit-il ? Trouvons-nous une distance adéquate, le bon tempo ? Un ni trop loin ni trop près, un ni trop tôt ni trop tard ?

## Un constat, une ligne de départ...

J'observe et j'entends s'exprimer différents mouvements affectifs à l'égard des patients que nous accueillons, mais aussi en direction et de la part des services qui les accueillent ponctuellement, à l'occasion de sevrages ou d'hospitalisations pour des décompensations psychiques.

D'où viennent les difficultés que rencontrent certains acteurs de soin dits « non spécialistes » des addictions ? Faut-il nécessairement être « spécialiste » pour accueillir les patients addicts ? Et puis, que signifie être « spécialiste » des addictions : avoir une connaissance, tenir une posture, engager une réflexion particulière ?

Nous sommes parfois, professionnels en addictologie, en position de « défenseurs » lorsqu'il s'agit de rencontrer d'autres acteurs de soin « non spécialistes » : défenseurs de quoi, de qui, pourquoi ? Défenseurs face au juge, à celui qui juge, incriminant l'expérience toxicomaniaque du côté du TROP de plaisir, de la délinquance, de la marge, de la dérive.

Nous sentons la nécessité d'expliquer, de préciser, de soutenir et de parler à la place parfois. Mais lorsque nous le faisons, que se passe-t-il et comment l'autre du soin rencontre-t-il ce patient dont il a reçu « notre tableau » teinté de la relation transférentielle ? Quelles attentes a-t-il et quelles déceptions suscitons-nous ? En nous introduisant comme tiers, facilitons-nous la rencontre ou désarticulons-nous quelque chose ?

Entre professionnels des tensions s'expriment, des mouvements affectifs récurrents, parfois très bruyants et des attaques émanent de part et d'autre lors de communications téléphoniques, de réunions. Diverses plaintes et mécontentements sont formulés lors de la prise en charge conjointe. D'un côté, nous sommes « trop permissifs, trop souples, manipulés » et assimilés à des « dealers » délivrant un traitement de substitution. De l'autre, les patients ne sont « pas compris, rejetés, catalogués toxico » et ils ne s'occupent pas bien d'eux.

Nous pouvons entendre ici s'exprimer que nous serions ceux qui pourraient bien s'occuper d'eux, qui les accepteraient, qui seraient « la bonne mère ». Certains se sentiraient manipulés là où d'autres accepteraient ou n'entendraient pas cette dite manipulation. Ainsi, il y aurait ceux qui les défendent, qui les comprennent, qui tolèrent et ceux qui les rejettent et diraient NON à cette rencontre ? Autrement dit, la rencontre avec un patient toxicomane semble ne pas être une rencontre tout à fait comme les autres, une rencontre qui rejette, qui éjecte, ou qui absorbe, qui attrape.

Ce constat a mis en route un travail de réflexion et l'expérience clinique, thérapeutique et institutionnelle m'a poussée à formuler des hypothèses pour une lecture de cette relation soignant-soigné addicté.

Les écueils que nous rencontrons dans cette relation, ceux que les soignants d'autres services<sup>1</sup> rencontrent dans la relation avec ces mêmes patients, sont fonction de la place qu'occupent les patients et l'objet-drogue dans l'économie psychique<sup>2</sup> des équipes soignantes.

Il nous faut étudier ce qui se passe consciemment et inconsciemment dans cette rencontre, ce qui se mobilise, cette place que nous donnons, qu'ils nous donnent, que nous occupons, qu'ils occupent.

**Ainsi, la place du patient dans l'économie psychique d'une équipe soignante est corrélée à la représentation qu'a l'équipe soignante de l'objet-drogue et de sa fonction.**

C'est à travers les acceptions du terme grec *pharmakon*, qui désigne à la fois le remède, le poison et le bouc émissaire que nous interrogeons cette relation soignant-soigné.

Les soignants dits « non spécialistes » sont identifiés à l'objet manquant, absent et identifient les patients toxicomanes à l'objet-drogue poison, expulsant ainsi un objet destructeur qui attaque de front le soin.

Les soignants en addictologie s'identifient et sont identifiés à l'objet-drogue remède. Nous tentons ainsi de prendre sa place, nous substituant, nous conduisant comme susceptibles de donner satisfaction, apaisant les tensions, remplissant, comblant. Nous nous laissons ainsi incorporer, absorber.

Rendant conscients ces deux mouvements identificatoires au *pharmakon* (à la fois remède et poison), l'expulsion et l'absorption, nous pouvons tenter de trouver un nouvel équilibre dans ces deux rencontres.

## Objet drogue-poison

Afin de préciser et d'étudier au plus près ce fait clinique, nous avons interrogé<sup>3</sup>, à l'aide d'un questionnaire ouvert, anonyme et libre, l'ensemble

1. Services d'admission et d'urgence psychiatrique.
2. Nous entendons ici par économie psychique d'une équipe soignante les investissements (leurs mobilités, intensités, variations et oppositions) qui se manifestent consciemment et inconsciemment dans la dynamique d'un fonctionnement psychique collectif et qui s'expriment eu égard à son objet : prendre soin.
3. Questionnaire rédigé en collaboration avec le Dr Antuna, médecin psychiatre référent du CSAPA.

du personnel soignant du Centre hospitalier spécialisé sur les représentations qu'ils ont de la toxicomanie et sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans la relation. Nous avons ainsi recueilli des observations et des expériences singulières qui m'ont permis de soutenir mon travail d'analyse.

Quelles sont les représentations<sup>4</sup> de l'objet d'addiction ? La destruction, l'emprise, le vice, la jouissance, le laisser-aller, la déliquescence, la marginalité, la délinquance, la dérive, la faiblesse, le déchet, le poison, la mort.

À la question « quelles difficultés rencontrez-vous auprès des patients toxicomanes en individuel ou en groupe », s'est exprimé massivement :

« Pas d'adhésion au soin, pas concernés par le soin, pas de demande de soin, n'ont pas besoin de nous, refusent notre aide, ne veulent pas s'en sortir et nous mettent en position de ne pas pouvoir les aider ».

« On ne peut pas compter sur eux, ils nous mentent, inventent, fabulent, manquent de fiabilité et de sincérité, inauthentiques, manipulent les soignants, recherchent l'exclusivité, problème de juste distance avec le soignant, négociation, séduction, toute-puissance, pas de respect, clivage, rejet, intolérance à la frustration, impulsivité, immaturité, provocation, violence, en dehors du cadre, trafic, déni des consommations ».

Les difficultés exprimées, traduisent une impossible rencontre soignante, pour le moins une rencontre dont le sens, l'intérêt, ne sont pas toujours perçus, voire même sont niés, une relation qui active massivement l'impuissance soignante.

Un bras de fer s'engage entre le produit et eux, entre détruire et soigner, entre la vie et la mort. À cet endroit, les soignants identifiés à l'objet-manquant, tenus responsables de cette absence, de cette séparation, se sentent rejetés, attaqués, annulés, mis à l'épreuve dans leur capacité à prendre soin : « Moi je soigne et toi tu détruis ! »

### ***Prendre soin en son sein***

Prendre soin, c'est aller vers, c'est accueillir, c'est tendre l'oreille, c'est veiller, soulager, réconforter. Prendre soin n'est pas guérir mais viser à faire obstacle à la désintrication, c'est tenter de lier les pulsions

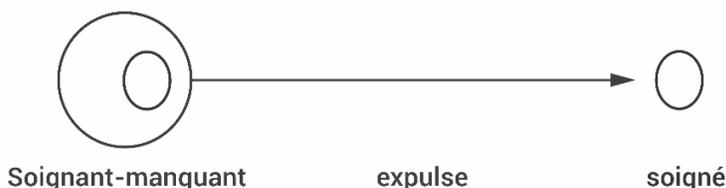
4. Représentations les plus fréquemment exprimées.

destructrices à un objet secourable (le soignant), c'est accepter aussi qu'une dépendance s'installe.

Qu'est-ce qui précède le soin ? Quel investissement ? Une disposition particulière, un intérêt pris pour une personne, une attention soutenue portée à quelqu'un, une capacité à entendre, à se laisser toucher par l'autre. Cette disposition commune des soignants exige pour autant une grande vigilance à l'égard des projections, qu'il n'y ait pas fusion, confusion des vécus, des histoires (soignant-soigné).

Dans les services (d'hospitalisation) du « vivre avec »<sup>5</sup>, Paul Fustier définit l'Imago maternelle archaïque comme l'organisateur psychique de ce mode de prise en charge. « Cette imago est toute-puissante puisqu'elle contient tout dans son enceinte et tend à nier l'importance et même l'existence de l'extérieur. Aussi, l'institution tend à combler tous les vides, à apparaître métaphoriquement comme un ventre remplissant toutes les fonctions, et satisfaisant à tous les "besoins" de ceux qui s'y trouvent placés<sup>6</sup>. »

### Quelle économie psychique ?



Nous faisons l'hypothèse que ce mode de prise en charge pour ces patients, à l'intérieur, dans le « ventre » engendre un conflit psychique collectif où viennent s'entrechoquer le soin et le fantasme d'incorporation d'un mauvais objet, l'objet-droque poison.

Les soignants accueillent les patients « objet-poison » en leur sein, patients qui semblent eux spontanément être dévorés puis rejetés par une mère archaïque toute-puissante qui frustre.

L'objet d'addiction, « le mauvais », est celui qui fait écran, qui empêche ou qui rend violent. Les patients identifiés à cet objet-poison, ceux qui attaquent, qui trompent, qui mentent, qui manipulent, qui bousculent, n'ont ainsi d'autre destin que celui d'être expulsés hors du

5. P. Fustier (1989). « Institution soignante et double prise en charge », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 13 (« Pratiques soignantes dans les institutions »), pp. 59-75.

6. *Ibid.*

« ventre ». Semblable à une représentation sociale bien connue : celui qui fait cette expérience toxicomaniaque, identifié comme *pharmakos*, malfaiteur, en marge, doit être exclu, cette expulsion permettant de purger la cité du mal.

### ***Pour changer de place***

Que pouvons-nous en dire ? Quel éclairage pouvons-nous apporter pour que la rencontre puisse aboutir et produire d'autres effets ? Mettre en mouvement, assouplir les représentations et créer un espace de réflexion.

D'une manière tout à fait fictive et caricaturale nous pourrions entendre ceci d'un patient toxicomane : « Je n'ai pas besoin de l'autre, de toi, d'un semblable pour me satisfaire. J'absorbe un objet étranger à qui je suppose un effet qui pourrait me satisfaire, rétablir un équilibre, apaiser mon angoisse, restaurer une certaine estime. Pas besoin de demander, je prends, j'absorbe, je suis. »

Ainsi, la relation ne va pas tout à fait de soi puisque sans l'autre il fait la plupart du temps. Le toxique procure un plaisir non génitalisé et sans altérité, une baisse des tensions.

### ***Qu'est-il cet objet d'addiction ? Que peut-il avoir comme fonction ?***

Joyce McDougall rappelle que « [...] l'objet d'addiction est investi de qualités bénéfiques, voire de l'amour : objet de plaisir à saisir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables. En tant que tel, cet objet est perçu, du moins dans un premier temps, comme bon ; à l'extrême, comme ce qui donne sens à la vie. [...] La poursuite d'un objet d'addiction – même dans le cas des abus de drogue – ne relevait pas foncièrement du désir de se faire du mal – de s'empoisonner – mais au contraire cette démarche procédait de l'espoir de rendre supportables les difficultés, ressenties comme stressantes, de la vie quotidienne<sup>7</sup>. »

### ***Penser le sevrage***

Lorsqu'un patient est hospitalisé dans un service de psychiatrie d'admission ou d'urgence, même s'il n'y va pas pour un sevrage « annoncé, programmé », il y est confronté normalement de fait.

7. J. McDougall (2004). « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 68, pp. 511-527.

Lorsqu'il décide de se séparer, de mettre de côté, à l'écart cet objet, ou lorsqu'il y est confronté, que formule-t-il comme demande ? Comment la formule-t-il ? Comment peut-il être en relation ?

Se sevrer, qu'est-ce que ça veut dire et qu'est-ce que ça suscite ? Dans quoi un sujet s'engage-t-il, le sait-il ? À quoi devons-nous (soignants) être attentifs ? Qu'est-ce que cela va modifier dans la relation au soignant qu'il n'ait pas l'objet avec lui, sur lui, en lui, qu'il soit présent par son absence ?

Se sevrer, c'est se séparer, c'est mettre une distance, s'éloigner, renoncer, se priver... au premier abord, il semblerait que cela ne soit pas tout à fait ce vers quoi on tend.

« Traumatisant ou non, le sevrage laisse dans le psychisme la trace permanente de la relation biologique qu'il interrompt. Cette crise vitale se double en effet d'une crise du psychisme. [...] Pour la première fois, semble-t-il, une tension vitale se résout en intention mentale. Par cette intention, le sevrage est accepté ou refusé. [...] L'acceptation ou le refus ne peuvent être conçus comme un choix, puisqu'en l'absence d'un moi qui affirme ou nie, ils ne sont pas contradictoires mais pôles coexistants et contraires, ils déterminent une attitude ambivalente par essence, quoique l'un deux y prévale<sup>8</sup>. »

Se sevrer, c'est prendre un risque, quel genre de risque ? Aménagement psychique parfois très réussi, le processus d'addiction masque, camoufle, voire s'oppose à la structure du sujet. Il est donc à la fois indispensable et de notre responsabilité d'évaluer sur quel continent nous sommes.

L'expérience toxicomaniaque pourrait venir colmater, souder les trois socles qui sont fissurés dans la psychose : se reconnaître UN, entier, avoir une image du corps unifiée ; se reconnaître comme appartenant à un règne bien défini, l'Humain, et que cela soit stable dans le temps : une continuité d'exister. L'objet drogue est un moyen parfois d'échapper à un vécu corporel disloqué, disjoint, en structurant une unité imaginaire face à l'absence de la saisie structurante de l'image du corps dans le miroir. Le produit pourrait être utilisé pour accéder au signifiant du manque.

Dans la névrose, cette expérience renvoie le plus souvent au manque d'amour et à l'angoisse de castration, angoisse qui se formule ainsi : chaque fois que nous faisons cette expérience de ne pas être tout et de

---

8. J. Lacan (1938). « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie », in *Autres écrits*. Paris : Le Seuil, p. 33.

ne pas avoir tout, nous pensons, craignons, vivons de n'être rien et de n'avoir rien. Le produit, objet transitoire qui comble, qui remplit serait un moyen d'échapper momentanément à cette angoisse et à la frustration du manque d'amour.

Pour les sujets non ou « mal » structurés (état limite), qui livrent avec beaucoup d'ardeur une clinique de la déception fondamentale, l'expérience toxicomaniaque tenterait de rééquilibrer le duo d'angoisses intrusion-abandon, venant court-circuiter la pensée et boucher momentanément le « trou » du traumatisme psychique, trou autour duquel ils tournent et se sont « mal » construits.

Ainsi, se sevrer c'est risquer d'éprouver de fortes angoisses, qu'elles soient névrotiques, psychotiques (de morcellement, de vide, de transparence...) ou limites. C'est prendre le risque de retrouver des assises narcissiques endommagées, la dépression associée. Se sevrer, c'est risquer de faire s'entrechoquer certaines émotions, sentiments, c'est faire émerger des objets intérieurs maltraitants ou « morts » jusque-là camouflés, des figures internes menaçantes qui ont été assourdies.

Comment peuvent-ils se défendre, lutter alors, s'y confronter sans casse ?

« La manipulation, la maîtrise toute-puissante et la dépréciation par le mépris... état qui résulte de la coexistence de l'amour, de l'avidité et de la haine dans les relations entre les objets intérieurs »<sup>9</sup> caractérisent ce que Winnicott nomme la défense maniaque, défense qui semble s'exprimer assez fréquemment.

Pour pouvoir penser et accompagner la situation de sevrage, situation pas tout à fait confortable, il faut répondre à plusieurs questions et faire un retour à l'originare.

### ***Qu'est-ce que la jouissance et que recherche un corps ?***

La jouissance, elle, répète, insiste, elle est tout ce qui affecte le corps. Ce qu'on nomme jouissance renvoie à la manière singulière, spécifique dont notre corps « vit » les divers états d'excitations, de tensions qu'il reçoit. Ces tensions, excitations sont perçues avec des affects de plaisir, de déplaisir ou de douleur.

---

9. D. W. Winnicott. (1935). « La défense maniaque », *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, p. 23.

La jouissance semble se passer du sujet : « Dites-moi ce qui se passe ? Mais pourquoi même si je sais tout ce que je risque avec cette merde, même si je sais que ça ne sert à rien, que ça ne me fait plus rien, je continue, je répète, j'y retourne... comment on fait pour arrêter ? Pourquoi j'ai besoin de ça ? J'ai tout pour être heureux aujourd'hui, je n'arrive pas à me contrôler, même si je le veux. »

Ainsi, c'est l'autre le responsable ! Le dealer, les parents, la molécule, l'inconscient, un corps devenu autonome ? La jouissance écarte-t-elle définitivement le sujet, lui faisant ignorer son implication ?

Ce que cherche un corps, c'est la satisfaction, le plaisir, un certain équilibre... que le corps se taise, qu'il fonctionne sans faire trop de bruit, sans douleur... qu'on l'oublie, qu'il nous laisse tout simplement tranquilles ! Sauf cas particulier où la douleur est investie comme « plaisir » possible, comme existence singulière.

L'insatisfaction, elle, nous est insupportable. Le corps humain ne peut pas, plus trouver un objet concordant de satisfaction. Si le plaisir est la cessation du déplaisir, la chute de l'excitation, la réduction des tensions, il n'est pas rare d'observer que lorsqu'un sujet est sevré, guéri du manque pourrions-nous dire, il cherche à retrouver ce manque, situation inconfortable de tensions et d'excitations qu'il trouvera à calmer, à apaiser, un manque qui pourrait alors devenir objet de désir.

### ***Retour à l'originare***

La recherche humaine de satisfaction est l'écho de cette satisfaction première, originare, fondamentale, la satisfaction pleine et totale d'avant la représentation.

Ferenczi parle d'un état du développement humain antérieur qui réalise cet idéal d'être soumis au seul plaisir. Il fait référence à la période foetale, période de la toute-puissance inconditionnelle où le fœtus n'a pas de besoins, n'a rien à désirer, toutes ses pulsions sont satisfaites.

Après la naissance, « la première conséquence de cette perturbation (perte de l'état antérieur) a été le réinvestissement hallucinatoire de l'état perdu de satisfaction. Le premier désir de l'enfant ne peut donc être que de se retrouver dans cette situation... Tous les enfants vivent dans l'heureuse illusion de la toute-puissance dont ils ont effectivement bénéficié autrefois ne serait-ce que dans le sein maternel<sup>10</sup>. »

---

10. S. Ferenczi (1913-1919). « Le développement du sens de la réalité et ses stades », *Psychanalyse*, tome II, *Œuvres complètes*. Paris : Payot, p. 56.

Avant la représentation, avant la constitution de l'objet, le nourrisson est dans cet état de pleine satisfaction. Il y a ce sein, première expérience de satisfaction qui le comble et qui est son corps propre. Puis vient une première représentation : le sein n'est plus là (frustration). « J'ai besoin de quelque chose... le sein n'est plus une partie de moi. »

Freud évoque dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*<sup>11</sup>, que cet objet a été perdu au moment où l'enfant est devenu capable de voir, dans son ensemble, sa mère. Le sein fait partie des objets cessibles qu'il nous a fallu céder. Ainsi l'enfant, passe de l'être (être le sein) à l'avoir (avoir le sein), relation ultérieure. C'est grâce à la séparation, la privation du sein que l'enfant va pouvoir apprendre « l'avoir ».

Nous sommes coupés de cet originaire d'avant la représentation. On parle de satisfaction perdue. L'objet est posé comme objet perdu, la mère qui serait satisfaisante est définitivement perdue sans espoir de la retrouver.

C'est habités par cette nostalgie du passé que le nouvel objet est recherché. Ce que nous avons perdu, ce que nous cherchons et ce que nous trouvons ne sera jamais plus le même objet. Cette différence est liée à l'introduction du temps entre le principe de plaisir (immédiateté de la satisfaction) et le principe de réalité (une satisfaction reportée).

Qu'est-ce qui va être retrouvé ? Ce n'est pas cet objet, ce sont des signes, des indices. Ce n'est pas tant l'objet que des signes qui permettraient de penser qu'on peut le retrouver. Ce n'est plus l'objet originaire réel que l'on recherche mais les coordonnées du plaisir à travers des signes de la réalité. Cet objet perdu ne cesse de produire des effets. Il nous entraîne dans la répétition.

De cette première satisfaction nous n'en ferons plus jamais l'expérience. Il n'y a pas de retour possible avant la première représentation. Nous pourrions dire que c'est parce qu'il nous a manqué quelque chose que nous avons commencé à le penser, à tenter de le faire exister dans son absence, à le désirer. C'est parce que la mère s'éloigne qu'elle commence à exister, à être identifiée comme autre que moi, à manquer.

L'expérience toxicomaniaque, expérience éminemment narcissique, donne accès à un état de comblement imaginaire et renvoie à un désir de fusion, de totalité. Le sujet part à la rencontre d'une continuité perdue, tente de maintenir une unité primitive.

11. S. Freud (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard, p. 165.

Plus que tout autre peut-être, un sujet qui fait cette expérience semble être directement épris par cette nostalgie du passé, par cet objet perdu. C'est à cette expérience de première satisfaction pleine et totale qu'il semble s'accrocher. Il tente de réaliser le retour impossible à la toute-puissance qu'il a dû abandonner enfant, sous le poids de l'épreuve de réalité.

Dans la rencontre avec l'héroïne, et plus précisément la toute première rencontre, celle incessamment recherchée, je suis tentée d'émettre l'hypothèse, pour certains sujets, de cette illusion d'avoir retrouvé, de s'être approché au plus près de cette expérience originaire, de cet objet perdu. « J'ai senti l'œuf autour de moi. »

Les qualités thermiques, sédatives, analgésiques, anxiolytiques, de bien-être, d'extase, qui annulent la pensée, plus de pensée, et puis... l'héroïne vient à manquer.

Cette satisfaction originaire, chacun d'entre nous en a fait l'expérience avec plus ou moins d'intensité si nous avons été pris dans le désir de l'autre. Elle nous a laissé des traces et nous avons dû y renoncer. Je fais l'hypothèse que ce renoncement-là est fortement mobilisé du côté soignant et qu'il a une incidence sur le soin, dans la relation au patient, créant des tensions, des manifestations inconscientes de rejet face à l'exhibition d'une supposée retrouvaille.

## Objet-drogue remède

Quelle représentation avons-nous des patients que nous accueillons ? Quelle place occupent-ils dans l'économie psychique des soignants dits « spécialistes » ?

Lorsqu'un sujet décide de se séparer, ou d'interroger l'objet-drogue, de ce qu'il produit en lui ou de ce qu'il pense qu'il produit en lui, il identifie que cette « solution » n'en est plus tout à fait une. Elle provoque un certain déséquilibre, elle a de nombreuses répercussions sur sa santé, sa vie affective, sociale et professionnelle, elle le fait souffrir. Cet objet est devenu poison.

Comment recevons-nous cette demande qui est à explorer ? Comment évaluer la fonction singulière de leur objet d'addiction ? Quelle temporalité ? À quoi sommes-nous rapidement confrontés ?

Quelques faits cliniques observés avec différents soignants et patients illustrent l'identification soignante à l'objet-drogue remède.

« Remplir » : Une jeune patiente, enceinte de plusieurs mois, entre dans le service, deux sacs de courses dans chacune des mains... le ventre, les mains et les sacs pleins ! Elle vient pour « régler » quelques papiers et prendre un rendez-vous avec l'assistante sociale. L'infirmière référente récupère les papiers, lui donne un rendez-vous, puis fonce à la cuisine du personnel, revient les mains pleines de compotes et de fruits destinés aux patients (de l'espace d'accueil du matin). Elle se penche vers les sacs de courses, y glisse ce qu'elle a glané et dit : « Tiens, ça t'en fera plus ! »

« À la place » : Face à la difficulté qu'éprouvent certains patients à prendre contact et à trouver un médecin traitant, les infirmiers du service contactent les médecins pour les patients dont ils sont référents.

Une infirmière fait le tour des médecins de ville par téléphone, se présentant d'abord comme infirmière du service, puis, au fil des refus (ne voulant pas entendre la réalité de terrain, y voyant de la discrimination), petit glissement... elle téléphone comme si c'était pour elle (en son nom), sans plus de succès, refus général (ne prennent plus de nouveaux patients). Lorsqu'elle revoit le patient, elle lui dit : « Bon ben, j'ai fait le tour des médecins, j'ai trouvé personne, pourtant j'ai tout fait, j'ai même demandé pour moi, et même ça, ça n'a pas marché ! » Lui, elle... indifférenciés.

« Don » : Un infirmier : « J'ai un petit bureau dans mon garage qui ne me sert plus, j'ai dit à Madame X que j'allais le lui donner, au moins ça va lui servir et moi ça me débarrasse. »

Donnant ce dont on veut se débarrasser, ce que nous voulons mettre à la poubelle, à quelle place les mettons-nous ? De déchet ? De second rang ? D'être redevable ?

Cette situation de don nous permet de faire l'économie de quoi ? Que ne faisons-nous pas à la place ?

« Ça sera trop tard » : Une jeune femme est reçue en entretien d'accueil infirmier, elle fait une demande de traitement de substitution. Dans l'idéal, nous discutons, étudions et interrogeons en réunion d'équipe la demande des patients. Ce jour-là, l'infirmier vient prendre l'agenda du médecin pour donner à la patiente un rendez-vous indispensable avant de débiter le traitement. Lorsque l'infirmier commence à discuter de la situation pour proposer ce rendez-vous, le médecin se précipite et cherche lui-même dans son agenda un rendez-vous au plus tôt, pour que cette jeune femme n'attende pas trop son substitut, patiente qu'il n'a pourtant pas encore rencontrée !

Que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui est insupportable ? Pourquoi autant de précipitation ? Quid de l'histoire de cette jeune femme ? Qu'en est-il de sa demande singulière ?

Les jeux sont faits !

### **Quelle économie psychique ?**



Que se passe-t-il pour nous, soignants, face à un corps en manque, un corps plein, un corps vide, un corps qui se défait, qui décompense, un corps qui jouit ?

Remplir, leur donner plus, trouver un rendez-vous au plus vite, parler à leur place, qu'ils soient pleins, repus... qu'ils ne manquent pas, qu'ils ne soient pas frustrés, qu'ils n'attendent pas, qu'ils ne souffrent pas.

Ici nous venons en lieu et place de l'objet-drogue, de la fonction de l'objet d'addiction remède. Que trouvons-nous d'insupportable, d'angoissant ? Cet espace de non-réponse, l'attente ? Que provoquons-nous avec cette immédiateté ? Craignons-nous de ne pas être assez satisfaisants, qu'ils retrouvent leur objet d'élection, leur produit d'appel, face à notre refus ?

Face à une organisation orale qui vise à réduire, à faire un avec deux, c'est-à-dire ingérer, incorporer l'autre, modèle initial de toutes les identifications, nous nous laissons absorber.

Leurs histoires assez souvent traumatiques, leurs parcours de vie chaotiques, dans un environnement familial sinon maltraitant du moins carencé, mobilisent fortement et viennent attaquer celles et ceux qui sont là pour prendre soin.

La relation soignante que nous leur proposons « à la place » de l'objet-drogue peut déclencher, de part et d'autre, des mouvements pulsionnels très intenses, douloureux, où affects et représentations sont rapidement séparés et difficilement exprimables.

Ainsi, il n'est pas rare que des passages à l'acte de la part des soignants et des soignés viennent à la place de cette impossibilité à penser cette relation et ce qui s'y éprouve.

Nous provoquons sans nul doute des mouvements régressifs que nous n'accompagnons pas toujours suffisamment.

Joyce McDougall nous rappelle que « la dimension la plus urgente de l'économie psychique qui sous-tend la conduite addictive est le besoin de se débarrasser aussi rapidement que possible des sentiments d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse qui font souffrir, voire des sentiments en apparence agréables ou excitants mais qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux »<sup>12</sup>.

Ne sommes-nous pas pris nous aussi dans cette même économie psychique en donnant des solutions immédiates à leur demande ? Ne pas répondre tout de suite entraînerait une tension psychique insupportable où il faudrait se débarrasser tout aussi rapidement des tensions et des excitations provoquées par cette relation : angoisse-colère-culpabilité-tristesse.

Réponse donnée-problème résolu-tension apaisée !

Collectivement, nous devons supporter ces tensions-là en offrant un lieu d'un dépôt. Dans la relation, il nous faut ouvrir un espace et non le clôturer. Ne faut-il pas créer du vide, un creux pour qu'ils puissent de nouveau désirer, avoir le temps de manquer et formuler une demande ? Envisager une attente possible, leur permettre de différencier les tensions internes des tensions externes, qu'ils puissent éprouver un dedans un dehors, les accompagner à réinterroger les limites corporelles dans le lien à l'autre.

Comment pouvons-nous garantir une réponse la plus adaptée, qu'avons-nous comme outils ? Dans les situations exposées, nous pouvons dire que se raccrocher à notre cadre et projet de soin aurait pu permettre de tenir une certaine distance, une limite, une temporalité, nous prémunir de certains débordements.

Conçu comme une enveloppe psychique par D. Anzieu, le cadre est un pare-excitation qui interpose un bouclier, un écran entre le monde extérieur et la réalité psychique. Il servirait de limite, de filtre aux stimulations. Le cadre est le lieu où le pulsionnel peut se manifester mais dans certaines limites, celles fixées par celui-ci.

12. J. McDougall (2004). « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 68, pp. 511-527.

Le cadre nous donne comme dans toute autre prise en charge de solides points d'appui. Il permet dans la relation soignant objet-remède de tenir le cap, sinon de résister à l'absorption d'en avoir pour le moins conscience et de travailler avec, d'en faire le pivot, le levier puis de s'en extraire.

## **Se laisser absorber... comme remède**

Que vit un psychothérapeute, avec un patient, chaque semaine ? Que vit ce patient avec lui ? Peut-on en parler ? L'écrire ? C'est quoi être identifié à l'objet-remède ? Comment transforme-t-on cette relation ? L'espace psychothérapeutique supporte-t-il l'absorption ?

### ***Fragment d'une absorption***

Salah est un patient héroïnomanie, schizophrène, avec des symptômes invalidants, des voix qui ne le laissent pas tranquille, qui l'insultent, des angoisses incisives de vide, de morcellement, de mort qui l'attaquent chaque jour ; un imaginaire très encombrant, des prévisions et des ruminations incessantes ; et l'envie de s'éjecter de la vie. Je n'entre pas dans le détail du récit de vie déconcertant de cet homme « qu'on a rendu fou », mais nous pouvons dire qu'il vivait un clivage et une dualité permanents autour de la double nationalité française-algérienne, du bon du mauvais, de la religion, de l'amour de la haine, marié-divorcé, uni-séparé, plein-vidé, vivant-mort. Clivage du moi et de l'objet que sans aucun doute l'expérience toxicomaniaque tente de raccommo-der.

Il m'est orienté dans un moment où il va très mal. Il s'alcoolise beaucoup depuis plusieurs mois, sa consommation d'héroïne augmente, il reprend un traitement de substitution, ses hallucinations s'accroissent, son corps s'épuise, se déprime, s'essouffle (emphysème), il est contraint de faire un régime (diabète).

Être le substitut, être à la place de l'objet-remède, celui qui apaise, qui rééquilibre, qui stabilise, qui fait supporter, être celle qui pourrait faire quelque chose pour lui, cela m'est énoncé d'emblée lors de notre première rencontre puis les suivantes.

« Je vous ai trouvé un autre nom : après l'amour, le beau temps. »

« Quand je viens, c'est comme si j'encaissais un chèque à chaque fois. »

« Vous êtes mon guide, Nathalie » (il chante).

« J'attends tellement de vous que je suis déçu à chaque fois et c'est pour ça que je reviens », héroïne toujours décevante !

« Vous avez la poigne ! »

« Vous êtes la Joconde immobile », permanence, toujours la même qu'il retrouve.

De notre première rencontre baptisée « Dieu, ma mère et moi » il osera me dire un an plus tard qu'il en garde un souvenir douloureux, une rencontre troublante, angoissante, indélébile où d'emblée un transfert s'impose et nous lie.

Salah m'a donné plusieurs missions à accomplir et pas des moindres. Elles seront notre fil, ou plutôt notre cap. Il ne me laisse aucun répit, m'interpelle sans cesse, sur ce que je peux pour lui. Il me demande de borner sa jouissance, le virer de l'imaginaire et le garder en vie.

### ***Limiter sa jouissance***

Lentement, le corps robotisé, droit sur un axe, comme s'il avait programmé son trajet, les mains dans les poches, ce qui lui donnait l'air nonchalant, il arrive en sueur, titubant, le souffle à bout... Il est là chaque semaine.

Arrivant à l'étage, il demandait quelques minutes pour commencer, pouvoir respirer, accoster, plonger dans « son bain ». « Je peux parler d'une voix blanche aujourd'hui ? »

Les premières semaines, il dit qu'il est tourmenté et très angoissé à l'idée de venir, qu'il ne sait pas très bien ce qu'il doit dire ou faire, qu'il n'est pas sûr d'être à la hauteur et de savoir ce que j'attends de lui. « C'est dur de savoir ce que justement on veut pas savoir. »

J'ai rencontré Salah comme les autres patients du centre, parfois alcoolisé, somnolent, sédaté, euphorique... Lorsque les patients sont là, on se rencontre, et c'est dans ces rencontres-là à « plusieurs » qu'on y découvre, qu'on y explore des points d'intimité.

J'avais ponctué notre première rencontre par : « Venez avec vos objets si vous ne pouvez pas faire autrement, mais venez en parler. »

Rapidement, après quelques semaines, venir plein avec ses objets « en plus » le faisait se sentir vide « en moins » dans nos rencontres. Avec, il ne se trouvait pas assez performant, pas assez lucide, pas assez

vif, pas à la hauteur, irrespectueux, peur de ne pas en profiter assez, de gâcher cette chance, de ne pas se rappeler de tout. « Je n'ai pas bu avant de venir, je suis fier de moi, j'ai honte d'être venu comme ça, je vous ai manqué de respect. »

C'est dans le transfert qu'il est venu me parler de ses objets, des produits, de ce que ça pouvait altérer, séparer, et peut-être risquer d'interrompre.

Dans cette relation, le « remède » dérange, encombre. Il ne peut plus prendre toute la place. Il lui faut en faire pour un autre objet, le transfert.

Après quelques semaines Salah diminue sa consommation d'alcool, ne boit pas et ne consomme plus d'héroïne lorsqu'il vient au centre. « Je ne peux pas vous mentir ! »

Salah était très attentif et sensible à ma voix. Il me fait remarquer le moindre changement de tonalité et d'intensité. Pourquoi vous parlez plus fort, plus vite ? Pourquoi vous changez de ton ? Vous êtes en colère ? J'avais pris l'habitude de parler doucement, lentement et de garder une tonalité qui ne pique pas, n'agresse pas, une voix enveloppante, rassurante.

« On s'en va tous les deux ? N'importe où, je me dis que si je pars avec vous je serais tranquille un moment. » Pourquoi voulait-il m'emmener avec lui ? Ça voulait dire quoi être tranquille pour lui ? Avoir son remède dans la poche au cas où ?

J'ai identifié plus tard que, dans nos rencontres, ma voix se substituait à celle qui l'insultait. Ainsi, m'emmener avec lui, être tranquille, c'était stopper cette voix qui le jugeait, qui l'agressait : « T'es qu'une merde, t'as vu comment t'es habillé ? Comment tu marches ? T'es lent, t'es gros, tu pues. »

### ***Le virer de l'imaginaire***

C'est quoi l'imaginaire ? Prévoir, construire, anticiper, se préparer, remanier, interpréter... L'imaginaire, pour Salah, c'est la grande exposition de tous les CHOIX, l'étalage de tous les possibles, la tyrannie. « Je construis l'arbitraire qui me frappe. »

Un mot, une situation, un comportement, une pensée étaient objet de ruminations et d'interprétations sans fin.

Très impatient de me voir, il arrive un jour : « Il faut absolument que je vous demande quelque chose. Mon infirmière m'a dit de vous

dire et que vous alliez me répondre. Quand je vais faire les courses, j'achète toujours cinq ou six boîtes de thon, ou de ratatouille, alors que j'en ai besoin que d'une, elle m'a dit que ça voulait dire quelque chose... famille nombreuse, réserve d'après-guerre... »

Insatisfait des interprétations, il me demande ce que cela veut dire, car pour Salah c'est moi qui sait. Il me livre ici un comportement introduit et nommé comme symptôme à déchiffrer par une infirmière.

Que se passe-t-il ? Je suis pour lui celle qui a un savoir sur sa souffrance et sur un comportement que je dois pouvoir sonder, déchiffrer. Comportement dont j'avais connaissance mais qui n'avait pas ma priorité étant donné ce par quoi il était traversé quotidiennement. Cependant, il m'interpelle, envisageant un apaisement immédiat, grâce à ma réponse donnée, je ne peux donc pas me défilier.

J'avais identifié la bataille qu'il menait avec cette jouissance incessante : une chaîne d'interprétations sans fin et sans issue, bataille remportée parfois avec l'héroïne, mais l'héroïne n'était pas toujours là !

Interpréter tout, tout le temps. S'il me dit ceci, c'est que ça veut dire cela... s'il se passe ça, c'est parce que ça veut dire... si je fais ci, il va penser ça.

Le symptôme pour moi il était là : la ronde de l'interprétation. Je lui réponds alors dans la foulée, d'un ton affirmatif : Salah, TOUT n'a pas de sens !

Ce TOUT là que j'énonçais, résonnait pour moi et pour lui dans cette relation transférentielle, dans son désir de ne faire qu'un avec moi, dans sa quête de la plénitude de retourner là d'où il vient. Je lui disais ce jour de renoncer à cet objet, à ce TOUT, à cette satisfaction originale, à cet état de comblement imaginaire à jamais perdu qui le menait dans une répétition sans borne.

La réponse que je lui fis est venue borner cette jouissance, le virer de l'imaginaire un temps, ce qu'il pouvait renouveler seul lorsque se répétait ce symptôme. « Il y a cette fois où vous m'avez dit que tout n'avait pas de sens et qu'il ne fallait pas chercher un sens partout. Depuis ce jour, lorsque je commence à tourner en rond, à chercher des explications sans fin, j'ai cette phrase "Tout n'a pas de sens" qui me stoppe, me limite parfois et me soulage. »

Il avait emporté avec lui quelque chose qui pouvait le soutenir, en dehors de nos rencontres.

## ***Le garder en vie ? Le sauver de la vie ?***

Pourquoi Salah venait-il me rencontrer ? Que me demandait-il ? Lorsqu'il est entré dans mon bureau pour la première fois, il s'est installé : « Madame, je viens vous voir parce que j'ai envie de mourir, aidez-moi à vivre ! » « En venant, j'ai croisé une poubelle qui s'est ouverte elle me disait "viens ! viens !" ». « Qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'il se vit comme un déchet ? Qu'il veut s'éjecter de la vie ?

Un an plus tard : « Si je ne me suis pas suicidé, c'est grâce à vous. Vous êtes mon seul rempart contre la mort. L'autre jour, j'ai croisé un copain qui voulait se suicider, j'ai pensé à vous et je lui ai dit qu'il devrait venir vous voir. »

« Vous savez que vous avez le pouvoir de me tuer avec vos mots ? » Je demande : « Est-ce que vous vous êtes déjà senti en danger, Salah, avec mes mots ? » – « Oui je me souviens d'un jour en sortant d'ici, j'étais complètement déstructuré mais au final ce jour-là vous m'avez sauvé la vie en me sauvant des films porno : j'ai arrêté d'en regarder. »

Le sauver des films pornographiques, ça voulait dire quoi précisément ? Salah conjugait onanisme et inhalation de poppers, ce qui provoquait des épistaxis et des malaises fréquents. Il est arrivé un jour en me disant : « J'ai failli mourir, je me suis évanoui, j'ai saigné. »

« J'ai mon triple A... pas de dette pas d'intérêt ! » (trois A dans son nom et son prénom réunis). Pouvait-il ainsi mourir tranquille ? Salah a quitté notre dernière séance ainsi : « Je peux mourir tranquille, vous m'avez sauvé ! » Une semaine après, Salah est décédé, nous l'avons trouvé dans son lit. Il est mort d'un arrêt cardiaque à quarante-huit ans pour nous, pour lui il en avait déjà quarante-neuf, il comptait son âge en années civiles (« Je gagne six mois comme ça ! »).

Quelle fécondité de la relation transférentielle ? Nous avons tenté de rassembler, souder, colmater la scission qui s'exposait et se déclinait sans fin, chaque semaine et depuis de nombreuses années. Nous nous sommes attachés à adoucir un quotidien pétrifié par les angoisses, inventant des limites, des bornes, des balises. Nous nous sommes retrouvés autour d'une langue commune, une autre « maternelle », afin qu'il ne puisse pas trop interpréter, qu'il ait confiance en mon intentionnalité et qu'il vive quelques instants de répit.

Ainsi, nous embarquions chaque semaine, accostant toujours à l'heure, seul capitaine à bord. J'étais son invitée. Une invitée à qui il racontait les traversées, les naufrages quotidiens et les sauvetages

*in extremis* d'une « héroïne » sans égale. Surprise, tétanisée par l'empreinte de l'angoisse psychotique, absorbée par cette relation singulière, j'étais parfois soulagée. Convoquée à des réparations de fortune, ou à faire un simple et précis relevé, un état des lieux du chaos laissé par les dernières tempêtes, je l'ai sauvé plusieurs fois de la noyade, disait-il. Nous restions toujours au port, à quai, en sécurité le temps de nos séances, dans cet espace entre deux... terre et mer(e).

### **Quelle marge ?**

Pour penser cette clinique des conduites addictives, clinique de l'intensité, de la déception, de la nostalgie, de l'immédiateté, de l'attraction et du rejet, il faut mettre sans cesse en mouvement certaines représentations. Comment bouger les représentations ? En les interrogeant, en les regardant de près et en partageant ainsi ce que notre pratique quotidienne nous donne comme compréhension de ce que peut convoquer cette rencontre et de ce que cette expérience produit, détourne, camoufle, et le sens qu'elle peut avoir pour un sujet.

Ainsi, il nous faut accepter que ce que nous leur proposons comme soin, comme relation, même si nous y mettons toute notre ardeur et notre volonté, semble d'emblée ne pas être à la hauteur : le traitement médicamenteux, difficilement adéquat face à une « cuisine chimique » interne longtemps explorée et expérimentée, une relation dans laquelle nous peinons à trouver une juste distance et qui leur fait éprouver, revivre dans le transfert des sentiments et émotions douloureux.

Cette rencontre est une rencontre exigeante puisqu'elle demande au soignant d'avoir regardé de près en lui certaines choses, de ne pas être tout-puissant, de ne pas exiger de l'autre de se soigner à tout prix, de supporter la jouissance, d'accepter d'être frustrant, décevant. Elle demande d'interroger régulièrement notre désir pour l'autre en souffrance, d'être patient (à notre tour).

Pour accueillir et accompagner cette expérience, situons-nous en marge. Telle la *Talvera*<sup>13</sup>, lieu de liberté où tout est possible : l'arrêt, le demi-tour, le temps de la réflexion, de la reprise, du repos, de la respiration, de la récolte, de la révolte, de la création singulière. Un petit bout de champ qui pourrait néanmoins être cultivé si nous faisons le choix pour cela de créer des outils à sa mesure.

13. *Talvera*, mot d'origine occitane qui désigne la bordure du champ non cultivable créant une marge de manœuvre servant à la charrue à faire demi-tour.

## Bibliographie

- Ferenczi, S. (1913-1919). « Le développement du sens de la réalité et ses stades », *Psychanalyse*. Tome II. *Œuvres complètes*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Fustier, P. (1989). « Institution soignante et double prise en charge », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 13 (« Pratiques soignantes dans les institutions »), 59-75.
- Lacan, J. (1938). « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie », in *Autres écrits*. Paris : Le Seuil.
- McDougall, J. (2004). « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 68, 511-527.
- Winnicott, D. W. (1935). « La défense maniaque », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.